

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DE LA
**Suppuration des kystes
de l'ovaire**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 25 JANVIER 1937

PAR

DEMÈTRE FARDELLAS

né le 22 mars 1908, à Caterine (Grèce)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
MENTION « MÉDECINE »

**Examineurs
de la Thèse**

MM. LAPEYRE, Professeur. *Président.*
RICHE, profes.
AIMES, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1937

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SUPPURATION DES KYSTES
DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DE LA

Suppuration des kystes de l'ovaire

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 25 JANVIER 1937

PAR

DEMÈTRE FARDELLAS

né le 22 mars 1908, à Caterine (Grèce)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ

MENTION « MÉDECINE »

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAPEYRE, Professeur. <i>Président.</i>	{	Assesseurs.
		RICHE, profes.		
		AIMES, agrégé.		
		GUIBAL, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Thérapeutique et Matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatalogie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique.....	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES. asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	RICHE.
Clinique des malad. desenf. et hyg. du 1 ^{er} âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (<i>ch. de c.</i>).....	VIGLARD.
Radiologie.....	TERRACOL.
Anatomie (<i>Ch. de c.</i>).....	CABANNES.
Histologie (<i>Ch. de c.</i>).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale.....	MM. PAGES.
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN ag. libre.
Accouchements.....	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en Exercice

		Chirurgie....	AIMES.
			MOURGUE-MOLINES
			GUIBAL.
			ROUX.
		Obstétrique..	COLL DE CARRERA.
		Bactériologie.	CARRERE.
		Ophtalmolog.	DEJEAN.
Médecine ...	MM. BOULET.		
	PAGES.		
	JANBON.		
	BAUMEL.		
	VIDAL.		
	P. RIMBAUD.		

Examineurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, <i>profess^r.-président.</i>	MM. AIMES, <i>agrégé.</i>
RICHE, <i>professeur.</i>	GUIBAL, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Pieux hommage de mon profond respect.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Hommage de gratitude et de profond respect.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AIMES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HÔPITAUX

Témoignage de ma vive reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Parmi les complications qui viennent troubler l'évolution lentement progressive des kystes ovariens, la suppuration joue un rôle de second plan du point de vue fréquence.

Sa fréquence est à peu près de 3%, dont il faudrait encore retrancher les cas de tuberculisation qui doivent rentrer dans un cadre nosologique spécial.

Elle n'est cependant pas tout à fait exceptionnelle et la connaissance précise de ses caractères cliniques est indispensable pour l'établissement d'un diagnostic.

M. le professeur LAPEYRE a bien voulu nous communiquer une observation de kyste suppuré, opéré dans son service de Clinique Gynécologique de l'Hôpital Suburbain pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous l'en remercions très respectueusement.

Le plan de notre modeste travail sera le suivant :

Historique.
Étiologie.
Anatomie pathologique.
Étude clinique.
Formes cliniques.
Observations.
Diagnostic.
Traitement.
Conclusions.
Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

D'après certaines interprétations, HIPPOCRATE, déjà, aurait connu les kystes de l'ovaire. Il les aurait traités par des ponctions.

En 1794, HERBINIAUX (de Bruxelles), semble être le premier à décrire un cas de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire, ouvert dans le vagin, au cours de la puerpéralité.

Le premier cas de suppuration de cause septicémique a été décrit par PORTAL, en 1804.

Pendant la première moitié du XIX^e siècle, les observations se multiplient : MARSHALL, en 1828, signale la possibilité de mort par hecticité de longue durée ; MONTGOMÉRY, en 1846, publie un cas d'ouverture de la paroi abdominale.

Pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle, nous voyons traiter ce sujet par les chirurgiens, comme NELATON : c'est lui, en effet, qui donne la première description clinique complète de la suppuration du kyste de l'ovaire, en 1855.

Plus tard, LHONNEUR et DESPRÈS illustrent par des observations les divers procédés thérapeutiques que l'on peut opposer à cette redoutable complication des kystes de l'ovaire. Le premier a traité sa malade par des ponctions, mais sans succès ; elle a succombé. Le

second a eu recours à une canule placée à demeure dans un orifice, et la malade a été guérie au bout de huit mois de suppuration.

Vers cette même époque, une leçon clinique de GOSSELIN a précisé la symptomatologie de l'affection qui nous occupe. Cet auteur insiste surtout sur la difficulté de la palpation abdominale et de l'interprétation des signes que celle-ci peut fournir ; la fluctuation, notamment (signe sur lequel tous les anciens auteurs insistent aussitôt qu'il s'agit de suppuration) serait tout à fait inconstante.

Puis les progrès de la chirurgie se font sentir sur le traitement de cette affection : les uns, tels Pozzi, Kœberle, Boinet, Courty, etc..., déclarent que l'ovariotomie est le seul traitement rationnel de ces suppurations, alors que les autres, tels Demarquay, Gallez, Horteloup, etc..., se contentent d'une simple incision suivie de drainage, voire même de ponctions avec lavages consécutifs.

Mais il n'est pas que le traitement qui donnent lieu à controverses, on discute, également, les sources de l'infection et les voies de pénétration dans le kyste. Les premiers auteurs qui se sont occupés de ces questions n'ont eu en vue que la propagation d'une infection de voisinage et ils ont été tous d'accord (Olshausen, Thorn, Pozzi, etc...), pour dire que les adhérences jouent le rôle le plus important dans cette propagation. Chognon, en 1893, insiste sur l'importance du ligament appendiculo-ovarien de Clado. Mangold, en 1895, étudie les kystes suppurés au point de vue bactériologique.

De plus, vers cette époque, l'attention est attirée sur les suppurations d'origine générale des kystes de l'ovaire. On constate que des affections généralisées de diverses natures peuvent être la cause de la suppuration kystique : fièvre typhoïde, staphylococcie, pneumococcie.

En ce qui concerne les suppurations déterminées par l'infection puerpérale, on leur connaît une étiologie complexe et on fait intervenir l'influence de l'accouchement, d'un point de départ infectieux génital, etc...

En juin 1896, BOUILLY publie la première observation d'un kyste suppuré à la suite d'une grippe. SCHAUTA relate un cas de suppuration post-pneumonique qui, comme nous le verrons plus loin, rentre probablement dans la catégorie des suppurations grippales.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

A. CAUSE DÉTERMINANTE : *l'infection.*

C'est en effet l'infection qui détermine la suppuration des kystes de l'ovaire.

Normalement le liquide kystique est aseptique (CHAUFFARD et VIDAL).

Cette stérilité explique l'innocuité (relative d'ailleurs) de la rupture en péritoine libre (LANNELONGUE).

Cette suppuration kystique n'a rien de spécifique et peut être causée par les germes les plus divers.

Il est regrettable que beaucoup d'observations publiées ne comportent pas d'examen bactériologique. Ainsi l'imprécision est grande et le doute est permis.

Le germe le plus souvent retrouvé est le *Bacille d'EBERTH*.

1 cas de WERT.

9 cas de GANS.

1 cas de LAUBENHEIMER.

20 cas de M. ABADIE et M^{me} ABADIE-FEYGUINE.

1 cas de WIDAL et RAVAUT.

1 cas d'ENGELMANN.

dans un cas de SUDECK : associé au staphylocoque.
dans un cas de CORSCADEN : associé au colibacille.

Para B. — 1 cas de CORSCADEN.

Colibacille :

1 cas de CLERC.

1 cas de LE FILLIATRE.

Staphylocoque. — Le cas de TAVEL et HERZEFELD.

Le streptocoque vient ensuite en deuxième ligne (d'origine puerpérale presque toujours), HENRICIUS, MANGOLD, 2 cas de BOUILLY sur 8, 3 cas de BURGER sur 4, 1 cas de RICHE (Thèse MASLENIKOFF).

Les *anaérobies* peuvent se rencontrer dans le liquide du kyste suppuré (JAYLE-CHAVANNAZ).

Il faut enfin remarquer que nombreux sont les cas dans lesquels le pus est véritablement stérile, sans aucun germe (ni à l'examen direct, ni à la culture), mais avec de nombreux polynucléaires altérés. C'est le cas de notre observation par exemple.

B. CAUSES FAVORISANTES

Nous allons passer en revue les diverses circonstances cliniques qui vont localiser sur le liquide kystique primitivement stérile, les divers germes plus haut envisagés.

I. CAUSES EXTERNES. — a) *La ponction* qui jadis était d'un emploi très répandu, aussi bien dans un but diagnostique que thérapeutique, était le gros facteur d'infection des kystes ovariens.

Mais aujourd'hui, la ponction est définitivement rejetée par tous les auteurs, comme étant un procédé aveugle et dangereux.

b) Les *injections intempestives* ont pu dans certains cas rares, d'ailleurs, être suivies de suppuration de kystes jusque-là stériles. C'est ainsi qu'on a accusé des injections intra-utérines d'iode.

c) Les *traumatismes* ont aussi été cités comme agents étiologiques de suppuration (CLERC). Nous rangerons dans cette rubrique les *excès vénériens*, les coïts brutaux et répétés qui, par les traumatismes et la congestion intense ainsi née, peuvent fort bien jouer le rôle de point d'appel pour l'infection (SCHAUTA).

II. CAUSES INTERNES. — a) *Affections d'organes voisins*. — I. *Les affections du tractus génital* doivent être les premières étudiées comme causes favorisantes.

Parmi elles, les infections de la *puerpéralité* jouent un rôle de premier plan, que ce soient les accidents légers d'endométrite déciduale ou de rétention de lochies ou au contraire l'infection puerpérale elle-même.

LEFEBVRE, dans sa statistique, affirme que dans 40 pour 100 des cas, les états infectieux puerpéraux (post-abortionum ou post-partum) ont infecté des kystes de l'ovaire.

HENRICIUS, MANGOLD.

BOUILLY, 2 cas sur 8.

BURGER, 3 cas sur 4.

1 cas de RICHE (Thèse MASLENIKOFF).

Dans tous ces cas, le streptocoque a été retrouvé à l'examen direct en très grande quantité dans le liquide purulent.

La *métrite gonococcique* (SERGUEEFF).

Le *pyosalpinx* (CLERC).

Un *curettage intempestif* dans le cas de BOUILLY.

Le *molimen cataménial*, par la congestion intense de tout le tractus génital, a pu être rendu responsable de suppuration.

De même les *petits accidents de torsion*.

2^o Le *péritoine*, dans le cas de SERGUEEFF, a été le point de départ de la suppuration. La malade était primitivement atteinte de *péritonite bacillaire* et de kyste ovarien.

L'infection bacillaire s'est propagée au kyste.

C'est après une péritonite à pneumocoques que s'est infecté secondairement le kyste dans l'observation de LA MARNIÈRE.

3^o L'*intestin* a joué souvent le rôle infectant primitif.

OLSHAUSEN et Pozzi ont été les premiers à attirer l'attention sur ce point.

Ce sont en général des entérites banales, mais surtout d'origine eberthiennes, qui sont retrouvées à l'origine.

Le pus du kyste contient du colibacille dans le premier cas et du bacille d'Eberth dans le second.

Dans quelques cas (NELATON, RICHE et FAYOT), l'infection s'est propagée directement par une fistule unissant l'intestin au kyste.

4^o L'*appendice malade* au même titre que l'intestin peut être une cause de suppuration. Pozzi, le premier, en 1890, avait envisagé cette corrélation infectieuse appendiculo-ovarienne, TREUB, ensuite, et CLADO, surtout avec son fameux ligament, ont étudié la question.

Nombreux sont les cas à citer (MICHEL, KRACEK, MASLENIKOFF).

b) *Affections générales* ont pu parfois par le mécanisme de la septicémie, localiser le germe infectieux sur le kyste.

1^o La *fièvre typhoïde* joue ici un rôle de tout premier plan du point de vue fréquence.

9 cas de GANS.

1 cas de WERT.

1 cas de MASLENIKOFF.

11 cas de M. et M^{me} ABADIE-FEYGUINE.

1 cas d'ENGELMANN.

1 cas de LAUBENHEIMER.

2^o *Les infections grippales* viennent ensuite en second lieu (HUSSENSTEIN et VIALARD).

3^o *Les pneumopathies* (pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire) (BOUILLY, SCHAUTA, LEFEBVRE, BURGER).

4^o *Les infections staphylococciques* (TAVEL et HERZFELD).

5^o *La malaria* (FÉRAUD).

C. LES VOIES DE PÉNÉTRATION DU GERME

L'infection atteint le liquide kystique suivant diverses modalités dont nous allons envisager les caractères. La route suivie par le germe est parfois aisée à retrouver, mais nombreux sont les cas où l'on en est réduit à faire des hypothèses.

1^o *Voie directe*, la plus rare ; c'est celle suivie par le germe apporté par une ponction septique par exemple.

2^o *Voie salpingienne*. — L'ovaire est situé tout à côté de l'ouverture abdominale de la trompe. Et ainsi, une métrite, une salpingite pourront inoculer de proche en proche un kyste ovarien. C'est en somme le chemin inverse que suit l'ovule dans sa migration de l'ovaire à la cavité utérine.

3^o *Voie sanguine*. — Supposons une septicémie à germe quelconque. Le kyste ovarien étant en perpétuelle congestion, soit par accroissement, soit par début de torsion, sera le siège d'une circulation intense. Rien

d'étonnant à ce que les germes charriés par le torrent circulatoire viennent se fixer sur cet organe ; de même s'infecte chez l'enfant, le bulbe osseux en activité physiologique. C'est le cas de la fièvre typhoïde.

Dans certains cas même, la septicémie peut ne pas avoir eu d'existence clinique, on a eu affaire à une simple bactériémie passagère.

Il est vraisemblable que ce mécanisme soit responsable des suppurations kystiques post-pneumopathiques.

Dans le cas de la grippe, c'est surtout à un germe de sortie que l'on a à faire, streptocoque par exemple, alors que le virus grippal est inconnu. La suppuration kystique se voit au même titre que les otites ou les arthrites par exemple.

Nous avons envisagé jusqu'ici l'infection sanguine par voie artérielle, de beaucoup la plus fréquente, mais l'infection peut arriver au kyste beaucoup plus rarement par voie veineuse (mécanisme de la phlébite). Ici, le point de départ est non plus une septicémie, mais une phlébite, souvent phlébite latente des grandes voies veineuses du pelvis.

4^o Voie lymphatique. — Les canaux vecteurs de la lymphe propagent l'infection et permettent aux microbes introduits à l'intérieur, de parvenir jusqu'au hile du kyste.

Les troncs collecteurs ovariens constituent un véritable carrefour où se jette le pédicule principal des lymphatiques utérins et péri-urétéraux ; de là, cette voie utéro-ovarienne se jette dans les ganglions latéraux aortiques (POIRIER et CUNÉO, LEVEUF et GODART, ROUVIÈRE).

Donc toute inflammation du petit bassin où qu'elle se trouve, par la condition de la lymphangite est facteur possible de suppuration kystique.

5^o Propagation de voisinage. — Une anse grêle enflammée se recouvrira d'adhérences qui peu à peu tendront à englober les organes voisins, or ces adhéren-

ces ne sont pas seulement des tractus réactionnels mécaniques, mais des paquets fibrino-leucocytaires hypervirulents et éminemment aptes à infecter tout ce qu'ils englobent.

Les entérites, les rectites, les sigmoïdites et surtout les appendicites, infectent les kystes par ce mécanisme.

Dans ce dernier cas, la formation d'adhérences est véritablement dirigée par les conditions anatomiques normales sur lesquelles a insisté CLADO.

Ces adhérences ne jouent d'ailleurs de rôle de vecteur que grâce à des facteurs topographiques spéciaux. C'est ainsi que le ligament large jouerait le rôle de déversoir des produits inflammatoires (TREUB).

Nous ferons enfin remarquer que la classification des voies suivies par le germe est tout à fait artificielle et que bien souvent il y a une véritable intrication.

Prenons le cas de la fièvre typhoïde, par exemple : la septicémie éberthienne se localisera secondairement sur le kyste, tout comme elle aurait donné une ostéite costale, par exemple.

Mais l'entérite typhique joue aussi son rôle par propagation de voisinage ou par voie lymphatique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Le kyste* en état de suppuration est en général volumineux ; la torsion ou l'inclusion sont rares (TOURNEUX et BAILLAT, thèse MASLENIKOFF, Montpellier 1930).

Il peut être uni ou multiloculaire, le pus est en général banal et peut être exceptionnellement gazeux (CHAVANNAZ, JAYLE, 2 cas de BOUILLY).

2° *Les rapports inflammatoires ou adhérences* sont constants et très étendus. C'est un gros facteur de difficultés opératoires : ensemencements septiques, issue de pus, ligatures non efficaces, risques de blessure d'organes voisins adhérents.

Elles s'établissent avec :

l'épiploon fait constant

le grêle (MASLENIKOFF)

le sigmoïde (MOURE et SENEQUE, MASLENIKOFF).

le rectum (TOURNEUX et BAILLAT).

la paroi abdominale antérieure (MOURE et SENEQUE, BURGER, BOUILLY).

l'uretère,

l'utérus et les annexes (MASLENIKOFF).

Ce qui importe, c'est de bien différencier :

- l'ovariotomie simple, opération de technique classique, à opposer au kyste ovarien non compliqué.
- de la technique délicate et minutieuse qui sera de mise en face d'un kyste suppuré, collection purulente englobant les organes importants du pelvis dans un magma d'adhérences hyperseptiques.

3^e *L'évolution du kyste* laissée à lui-même est différente.

Elle peut tuer la malade par cachexie ou pyohémie.
Elle a en général tendance à s'ouvrir

en *péritoine* libre, fait rare d'exceptionnelle gravité
(BOUILLY, BURGER, RICHTER et AMREICH, PAVELESCO
et SOIMARU).

dans *le rectum et le sigmoïde* (TOURNEUX et BAILLAT,
MASLENIKOFF).

dans *la vessie* (PHILIPS).

à la *paroi abdominale* (MONTGOMÉRY).

dans le *vagin* (SPIRÉA).

dans la *cavité utérine* (Hugo HELLENDALL).

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

A. **Période de début** : 2 cas sont à envisager.

1° Le kyste est connu, fait rare (1 cas sur 6, MASLENIKOFF).

2° En général, le kyste ne se manifeste que par les signes de suppuration (5 fois sur 6, MASLENIKOFF), ou bien, début insidieux par une vague pesanteur abdominale basse.

Ou, au contraire, assez souvent, véritable crise péritonéale aiguë à « type d'abdomen aigu ».

B. **Période d'état**. — Le kyste de l'ovaire est une volumineuse collection suppurée abdomino-pelvienne. Il en résulte que cliniquement deux ordres de symptômes se manifestent, infectieux et tumoraux.

Les signes généraux sont en général au premier plan et d'une grande intensité.

La température est constante. Elle revêt tous les types. C'est aussi bien une fièvre hectique de suppuration qu'une fièvre légère, remittente autour de 38°.

Ce qui importe, c'est sa présence plus que ses caractères.

Elle peut d'ailleurs manquer, dans des cas exceptionnels (BOUILLY, MOURE et SÉNÈQUE, PATEL et TIXIER).

L'amaigrissement est toujours noté, il est rapide. En quelques jours, au lit, les malades fondent véritablement.

Le facies est celui d'une femme infectée avec lèvres rouges, pommettes pâles, yeux cernés, sueurs intenses.

L'intoxication devient de plus en plus grave et l'état général est profondément troublé.

Un examen de sang montrerait alors une leucocytose importante avec polynucléose, formule banale de suppuration profonde (Observation professeur LAPEYRE : globules blancs 32.000, polynucléaires 87%).

Les signes fonctionnels sont surtout représentés par la douleur.

Douleur d'intensité très variable, extrême parfois à type perforant, mais souvent plus atténuée avec ou sans paroxysme.

Le siège en est variable suivant la situation du kyste, pelvienne, hypogastrique, péri-ombilicale, iliaque, droite ou gauche. Les vomissements sont souvent notés et décèlent la réaction péritonéale, soit banaux, soit souvent bilieux.

L'arrêt des matières et des gaz est très inconstant.

On peut observer des troubles diarrhéiques qui, d'ailleurs, parfois, annoncent l'imminence de l'ouverture intestinale.

Les phénomènes de compression sont assez rarement notés :

vésicaux avec dysurie, pollakiurie ou rétention ;
rectaux avec tenesme ;
veineux, représentés surtout par l'œdème des
membres inférieurs.

Les signes physiques révèlent la tumeur, de volume très variable et occupant le pelvis ou remontant dans l'abdomen.

C'est une masse très douloureuse au palper et fixée. La fluctuation est exceptionnelle, tout comme l'existence d'un tympanisme supérieur avec matité inférieure traduisant la présence d'une suppuration gazeuse.

Le toucher vaginal donne des renseignements intéressants en montrant la présence d'une masse inflammatoire dure, très douloureuse dans le cul-de-sac latéral ou postérieur et complètement bloquée dans le pelvis. Le col est normal ou métritique et refoulé en sens inverse, l'utérus peut être plaqué derrière la symphyse dans les tumeurs de DOUGLAS. En général, il est impossible de sentir le sillon entre l'utérus et la masse, source d'erreurs de diagnostic.

Telle était notre observation dans laquelle la masse faisait corps avec l'utérus.

Le palper bimanuel, difficile et douloureux, peut parfois préciser les caractères et connexions de la tumeur.

Mais ce qui est très important, c'est l'accroissement rapide de la tumeur, qui s'est formée en quelques jours.

Ce développement rapide est signalé par tous les auteurs comme un signe capital.

En somme, nous avons :

- des signes de suppuration avec fièvre ;
 - des signes de tumeur abdomino-pelvienne douloureuse, d'accroissement rapide et dont les rapports avec l'utérus sont souvent difficiles à préciser.
-

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES

Forme aiguë à type péritonéal, c'est la forme banale, celle que nous avons décrite.

Forme atténuée avec péritonite plastique péri-kystique. Cette forme a été décrite sous le nom de forme chronique à type cachectique.

On observe des poussées douloureuses et fébriles à répétition avec un minimum de signes. Chaque fois le kyste devient plus gros et plus douloureux. Parfois il y a une tolérance extraordinaire au kyste suppuré (2 cas de RICHE et FAYOT, l'un 10 litres, l'autre 2 litres).

La fièvre demande souvent à être recherchée. Mais à la longue, l'état général se trouble, l'amaigrissement est progressif, les signes d'intoxication générale apparaissent. Ils se manifestent souvent par de la diarrhée.

On aboutit ainsi à un état cachectique important, ce qui explique la note de :

Forme chronique à type cachectique. — Dans certains cas où la note infectieuse est très atténuée avec au contraire adhérences et augmentation progressive de la masse, on a à faire à la *forme pseudo-néoplasique*.

OBSERVATION N° I

Inédite

ayant motivé ce travail et due à l'obligeance
de notre maître, le professeur LAPEYRE.

F... Sylvie, Vve B..., 53 ans, entrée le 20 mai 1935,
adressée par le professeur AIMES.

Diagnostic à l'entrée : fibrome utérin et hernie ombi-
licale.

Antécédents héréditaires : père et mère décédés.

Antécédents pathologiques : lithiasé hépatique en
1932.

Dermatoses fréquentes en 1934.

Menstruation : début à 12 ans, règles régulières dans
la suite, règles tous les 35 jours, durée 3 jours, très
abondantes, mais non douloureuses.

Ménopause à 52 ans, bouffées de chaleur.

Aucune grossesse.

Présente depuis 3 ans, une hernie ombilicale apparue
à l'occasion d'un effort.

Aurait eu une grippe en janvier 1935. Depuis cette
date, mais sans que l'on puisse établir une relation de
cause à effet, aurait constaté une augmentation de
volume de son abdomen avec pesanteur et gêne dans le
bas-ventre ; mais pas de troubles de compression de
l'abdomen.

Examen le 21 mai 1935 : ombilic déplissé formant
une tumeur de couleur bleuâtre et violacée dans les
efforts de toux ; on a l'impression de sentir au fond de
cette tumeur, une collection liquide qui doit être un
hématome.

Au palper : abdomen volumineux et saillant. On sent
une tumeur arrondie de consistance ferme, très nette-

ment mate à la percussion, douloureuse et du volume d'une grosse tête dont le pôle inférieur s'enfonce dans la cavité pelvienne. Matité des flancs.

Toucher : on sent le pôle inférieur de la tumeur arrondie qui fait saillie dans l'excavation. Le col est dans le cul-de-sac antérieur et droit, petit, évasé à la surface de la tumeur. Il fait corps avec la masse perçue dans la cavité abdominale.

Durant les 11 jours qui ont précédé l'opération, la température de la malade a oscillé entre 36°8 et 37°7.

Examen de laboratoire :

Hecht-Bauer et Wassermann : négatifs.

Azotémie : 0 gr. 36.

Urines : très légères traces d'albumine.

Numération globulaire :

Globules rouges : 4.560.000 par mm³

Globules blancs : 32.000 —

Polynucléaires neutrophiles : 86 %

— eosinophiles : 1 %

— basophiles : 0 %

Grands mononucléaires : 2 %

Lymphocytes : 11 %

Intervention le 31 mai : anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane remontant au-dessus de l'ombilic et le contournant. Pannicule adipeux très épais.

Dans la région ombilicale on trouve une tumeur kystique du volume d'une petite mandarine qui n'est autre qu'un sac de hernie ombilicale rempli de liquide citrin et contenant une frange épiploïque très grasse de couleur violacée dont le pédicule était enserré par l'orifice herniaire.

Cette frange épiploïque attirée après débridement de l'orifice herniaire est réséquée.

On aborde alors la tumeur dont la main fait très bien le tour, au niveau du pôle supérieur on arrive à s'enfon-

cer jusqu'au fond du Douglas, auquel la tumeur adhère. La main est arrêtée en avant vers la vessie où le péritoine paraît adhérer.

On a l'impression qu'il s'agit d'un fibrome, mais dont la paroi très congestionnée semble indiquer qu'il est le siège de troubles circulatoires.

Le tire-bouchon est enfoncé au niveau du pôle supérieur et de sa partie postérieure. On voit aussitôt du pus s'écouler par l'orifice de pénétration qui s'est un peu déchiré. On protège tant que l'on peut la cavité abdominale en tassant des compresses autour de la poche et en tachant de l'extérioriser le plus possible. On essaye à plusieurs reprises d'aveugler la perforation, mais sans y parvenir. On prend alors le parti de presser sur la tumeur de façon à augmenter la tension et à faire jaillir le pus hors du champ opératoire. Lorsque le volume du kyste est suffisamment réduit on peut en le saisissant avec deux pinces à kystes tarir l'écoulement et extérioriser la poche.

Les compresses, les champs, les gants sont changés.

Des écarteurs mis en place, on essaye de se rendre compte de l'origine de cette poche et de sa nature.

Est-ce un kyste ? Est-ce un pyomètre ?

Il est en effet, difficile d'individualiser le corps utérin ; on est très gêné par l'adiposité de la malade. On entreprend alors le décollement prudent de la poche kystique et on arrive ainsi à isoler deux pédicules l'un presque antérieur mais un peu déjeté à droite et l'autre à gauche et en arrière vers la région du ligament infundibulo-pelvien.

Ces pédicules membraneux qui ont au moins 6 à 7 centimètres de large sont coupés entre deux pinces et donnent la possibilité de décoller la tumeur de haut en bas. Le décollement de bas en haut s'étant révélé inefficace. On arrive ainsi à décoller de plus en plus la paroi des tissus environnants et finalement on arrive à extirper complètement la poche dont la paroi paraît avoir 6 à 7 millimètres d'épaisseur. On reconnaît alors que la première pince a été mise au contact du bord gauche de l'utérus qui est très rouge et très étalé ayant à peine

1 centimètre et demi d'épaisseur, la seconde était placée sur le pédicule ou sur le ligament infundibulo-pelvien du côté gauche. *Il s'agit donc d'un kyste suppuré de l'ovaire gauche.*

Ligature en chaîne sur le bord gauche de l'utérus.

Ligature double sur le ligament infundibulo-pelvien et solidarisation des deux groupes de fils de façon à fermer la brèche du ligament large.

Le Douglas est alors asséché car les zones de décollement suintent un peu une sérosité séro-sanglante. Un sac de Mikulicz est mis en place, bourré par 5 mèches de gaze.

En terminant, en refaisant la paroi, on supprime dans le haut de l'incision le sac herniaire ombilical.

Suture en trois plans.

Examen histologique de la paroi du kyste : elle est formée à sa face interne par une zone détritique sans trace de revêtement épithélial. Les couches moyennes conjonctivo-vasculaires sont remarquables par les signes d'inflammation chronique à répétition péri-vasculaire qu'elles présentent.

La couche externe est richement vascularisée et comporte une sorte de revêtement endothéliiforme (Dr H.-L. GUIBERT).

Examen bactériologique du liquide du kyste : Examen direct : nombreux polynucléaires et hématies, pas de germes ni de B. K.

Cultures négatives sur gélose ascite et bouillon.

Le 2 juin élévation de la température, septicémie 8 centimètres cubes.

Ablation de trois mèches le 3 juin, des autres le 4 et 5 juin.

Les 8 et 9 juin, ablation complète du Mikulicz.

Le 10 juin, température élevée à 40 degrés qui paraît être expliquée par un peu de rétention de pus en arrière la mèche mise en place après l'ablation du Mikulicz ; remplacement de cette mèche par un drain.

Depuis lors suites opératoires normales. Sortie complètement guérie le 19 juillet 1935.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes suppurés de l'ovaire est le plus souvent difficile. Aussi lorsqu'on a reconnu l'existence d'une tumeur ovarienne, la notion d'une douleur, même faible, réveillée par la pression ou l'immobilisation de la tumeur d'une fièvre légère, mais continue, même au-dessous de 38 degrés, doit faire craindre la suppuration, et la laparotomie sera conduite avec toute la prudence nécessaire.

Très souvent l'intervention ne donnera la clef du problème qu'après de pénibles et munitieuses manœuvres au milieu d'adhérences noyant la topographie anatomique normale. C'est là une notion qu'il ne faut pas perdre de vue.

Toutefois lorsqu'on est en présence d'un kyste de l'ovaire antérieurement reconnu, le problème diagnostique est grandement facilité et consiste uniquement à rapporter les phénomènes de suppuration au kyste.

Ainsi envisagerons-nous successivement :

1° le diagnostic des kystes de l'ovaire suppurés antérieurement reconnus ;

2° le diagnostic des différentes formes cliniques survenant sans diagnostic préalable.

Auparavant rappelons les signes principaux de :

I. Diagnostic positif :

Comme signes fonctionnels : la fièvre, rapidement à type hectique ; les douleurs, persistantes, assez vives, mais non cataclysmiques ; quelques signes péritonéaux discrets.

Les signes physiques consistent surtout en un accroissement rapide du volume de la tumeur en même temps que changent les données du toucher vaginal. Le kyste, par suite des adhérences inflammatoires rapides qu'il contracte avec les organes voisins perd rapidement sa netteté de contours, son indépendance (le sillon qui le sépare classiquement de l'utérus disparaît), sa mobilité, son indolence. Il devient une masse kystique, inflammatoire, adhérente à l'utérus, souvent au pelvis, immobile, douloureux au toucher.

II. Diagnostic différentiel :

1^o *Diagnostic des kystes de l'ovaire suppurés antérieurement reconnus.*

Une malade, reconnue porteuse d'un kyste de l'ovaire présente des phénomènes aigus abdominaux.

Ceux-ci peuvent être dus :

à une affection surajoutée
ou à une complication du kyste.

Des affections surajoutées, la plus fréquente, est, sans conteste, *l'appendicite aiguë*. Elle est caractérisée par un début brutal, une douleur souvent violente, localisée à la fosse iliaque droite et surtout par l'entrée en scène immédiate des signes péritonéaux : vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Le toucher vaginal décèle souvent une douleur dans le cul-de-sac droit ou le Douglas, mais les caractères du kyste préexistants n'ont pas changé.

Les cholécystites aiguës, perforantes ou non, les perforations d'ulcère ont un tableau typique difficilement confondu dans la suppuration des kystes.

D'autres manifestations gynécologiques peuvent se surajouter à un kyste non infecté :

Les pelvi-péritonites déterminent rapidement un blocage complet du petit bassin, bien plus important et plus rapide que dans les kystes suppurés ;

La tuberculose génitale procède par poussées, avec élévation thermique, mais est caractérisée surtout par des poussées assez longues où la discordance entre les signes physiques et les signes fonctionnels est flagrante.

Les complications des kystes sont surtout :

La torsion, avec sa crise abdominale brusque, l'absence des signes d'infection, et au toucher le durcissement du kyste ;

La rupture, caractérisée par des accidents cataclysmiques, véritable « drame abdominal », avec atteinte grave, immédiate de l'état général.

Cependant, dans les cas de complications, le diagnostic a moins d'importance, puisque l'intervention est indiquée quelle que soit la complication.

En résumé, le diagnostic de suppuration d'un kyste déjà connu, se montre comme assez facile. Il s'agit d'autre part d'une éventualité rare, puisque tout kyste de l'ovaire diagnostiqué est en général enlevé.

2. *Diagnostic des différentes formes cliniques survenant sans diagnostic préalable.*

a) *Formes pseudo-péritonéales.*

La présence d'une collection, bien limitée, augmentant de volume, douloureuse, ayant appelé l'attention sur elle dès le début des accidents, permet de rattacher

facilement les phénomènes inflammatoires abdominaux à celle-ci.

Le diagnostic reste à faire avec les « abdomens aigus ou subaigus », mais la présence de la formation kystique inflammatoire limite en partie le champ des hypothèses.

Les abcès appendiculaires, surtout pelviens ou « ilio-pelviens », dont parle MONDOR, peuvent faire errer le diagnostic par les caractères du toucher vaginal.

Mais à côté de la symptomatologie pelvienne (surtout troubles vésicaux), l'appendicite ne perd jamais ses droits dans la fosse iliaque droite.

Les kystes suppurés du mésentère présentent des troubles fonctionnels identiques, mais ont une symptomatologie plus haute, et descendent rarement dans le pelvis.

Les péritonites aiguës ont un tableau plus grave que celui des kystes suppurés : d'abord, contracture abdominale, puis ballonnement par iléus paralytique, vomissements incessants, arrêt complet des matières et des gaz, température élevée, pouls petit et rapide, mauvais état général. Pas de tumeur kystique perceptible.

Les péritonites enkystées, de l'étage abdominal, sont le plus souvent pneumococciques et siègent, le plus souvent, derrière la paroi antérieure. Elles ne présentent pas de signes physiques pelviens et sont rares chez l'adulte.

Les péritonites enkystées, de l'étage pelvien, succèdent à des pelvi-péritonites qui ont évolué avec un tableau bruyant et des signes physiques qui ne trompent pas. Les antécédents puerpéraux ou gynécologiques aiguillent encore le diagnostic.

Le pyosalpinx est en général de volume assez réduit, reste pelvien, bien localisé sur le flanc de l'utérus au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Les phénomènes péritonéaux sont très discrets. Son évolution est nettement influencée par la glace sur le ventre et le traitement médical.

Le phlegmon du ligament large a pour lui ses antécédents puerpéraux très fréquents, le manque d'enkystement, au début, dans la forme basse, le plastron au-dessus de l'arcade crurale dans la forme haute.

b) *Formes septicémiques.*

Au cours d'un état fébrile persistant après une affection pulmonaire ou d'une infection typhoïde, lorsque les signes locaux ont disparu, toute la difficulté du diagnostic consiste à penser qu'il peut s'agir d'une suppuration du kyste de l'ovaire.

Il faut savoir que c'est en pratique le toucher qui pose le diagnostic. Parfois cependant, on peut penser à une salpingite banale. Celle-ci se caractérise par son évolution. Elle s'améliore, en effet, par le repos et le traitement vaccino-thérapique. Le fait qu'elle ne refroidit pas au bout de 3 mois doit faire penser qu'il s'agit d'autre chose que d'une annexite banale. Au décours de toute affection aiguë (pulmonaire ou thyphoïde), la persistance d'un état fébrile doit donc faire pratiquer un toucher vaginal pour y rechercher un kyste de l'ovaire méconnu et secondairement infecté.

c) *Formes chroniques :*

Les formes chroniques sont d'un diagnostic délicat parce que d'évolution insidieuse. Les signes principaux de la suppuration kystique s'y retrouvent : augmentation de volume de l'abdomen, douleurs, fièvre. Mais ici la chronicité de l'infection entraîne l'apparition d'un état général de plus en plus déficient, pouvant évoluer vers la cachexie. Le toucher vaginal montre encore une tumeur d'allure inflammatoire, tendue, fixée, adhérente à l'utérus ou au pelvis.

De nombreuses affections peuvent simuler ces formes chroniques.

Et tout d'abord *le fibrome utérin*. La malade de l'observation I avait été envoyée à l'Hôpital avec ce diagnostic et nous avons vu que même une fois la laparo-

tomie pratiquée, le kyste suppuré n'avait pas été reconnu. Certes, le fibrome est une tumeur, souvent mobile, faisant corps avec l'utérus, mais indolente. Toutefois, il existe des fibromes fixés, parce qu'adhérents ou inclus. De plus, l'augmentation du volume des fibromes et l'apparition des douleurs n'est pas rare en clinique et doit faire soupçonner une dégénérescence de la tumeur, souvent maligne. Cette transformation maligne, surtout sarcomateuse, s'accompagne de fébricule et d'atteinte rapide de l'état général : autant d'éléments capables de faire errer le diagnostic.

Le pyomètre est constitué par une suppuration torpide, sans fièvre élevée et est caractérisé par des pertes purulentes abondantes et fétides, par l'augmentation de volume de l'utérus, qui ne perd pas sa mobilité, car le processus infectieux ne dépasse pas les tuniques musculaires.

Les affections annexielles peuvent aussi simuler le kyste ovarien suppuré.

L'hématocèle infectée (souvent consécutive à une grossesse tubaire rompue), se caractérise par l'existence dans les antécédents des signes de grossesse tubaire : pertes sépia, douleurs et au moment de sa rupture, par une douleur violente suivie des signes d'hémorragie interne. De plus, le toucher vaginal décèle un Douglas infiltré et dur.

L'hydrosalpinx atteint rarement un gros volume. Les antécédents métritiques sont presque constants. L'état général n'est pas touché.

La tuberculose annexielle est la grande simulatrice des affections gynécologiques. Il faudra rechercher les antécédents tuberculeux. Le passé génital doit être soigneusement élucidé : règles installées tardivement, irrégulières et douloureuses, leucorrhée abondante, verdâtre, fétide sans cause possible d'infection génitale, à plus forte raison chez les vierges, est un signe de présomption important. Les troubles menstruels sont cons-

tants, métrorragies ou ménorragies. Cliniquement, l'existence de lésions bilatérales, leur étendue « trop grande » pour une affection cliniquement au début, est un bon signe de tuberculose, de même que les stigmates d'infantilisme utérin. Le manque de correspondance entre la gravité de l'état général et l'état local est aussi une présomption nette. L'évolution, elle-même rebelle, « peu souple » aux thérapeutiques classiques, est un élément de diagnostic important.

Les tumeurs végétantes de l'ovaire ont un développement rapide, souvent chez des femmes jeunes. On ne sent pas de tumeur kystique, mais une infiltration dure de tout le paramètre. Rapidement, un épanchement ascitique se constitue. L'analyse du liquide d'ascite donne des renseignements intéressants.

Dans tous ces cas, l'hystéro-salpingo-graphie sera intéressante à pratiquer, mais son emploi devra être limité, car il n'est pas sans danger de faire subir des manœuvres et des traumatismes à un tractus génital infecté.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement du kyste suppuré de l'ovaire est essentiellement opératoire. Le problème se pose de la façon suivante. On se trouve en présence d'une suppuration encapsulée pelvienne ou abdomino-pelvienne, le plus souvent adhérente aux organes voisins. Il s'agit de la supprimer sans inoculer le péritoine.

L'intervention se déroulera suivant le protocole habituel des opérations pelviennes.

On pratique d'abord une laparotomie médiane sous-ombilicale par laquelle on explore par la vue et le toucher le contenu du petit bassin. La malade est mise ensuite en position de Trendelenburg et les anses intestinales sont refoulées et soigneusement protégées par des compresses.

Plusieurs cas peuvent alors se présenter :

1° Le kyste est mobile, de volume moyen et est facilement accouché à travers l'incision. L'ovariotomie simple, sans ouverture du kyste suffit alors, car il est inutile de courir le danger d'inoculation septique péritonéale.

2° Le kyste est mobile, mais de volume important et ne peut être attiré hors de l'abdomen. Il faut alors pratiquer une ponction évacuatrice, de préférence à l'aspi-

rateur électrique. Ce temps est un temps septique et il est difficile d'éviter l'écoulement du pus entre le trocart et l'orifice de ponction. On devra éponger soigneusement cet écoulement et redoubler de précautions quant à la protection de la cavité péritonéale.

Lorsque le kyste est partiellement vidé, on obture l'orifice de ponction par une pince à kyste et on accouche celui-ci. L'ovariotomie se termine alors facilement.

3° Le kyste est fixé par des adhérences, mais on se rend compte qu'il est tout de même extirpable.

Il faut alors procéder délicatement au décollement du kyste pour ne pas perforer celui-ci. Si malgré tout, une perforation se produit, l'inoculation péritonéale devient alors fatale. La fermeture de l'abdomen devient dangereuse et l'on doit laisser en place un drainage aux gros drains ou aux lames ondulées de caoutchouc.

Enfin, si la libération du kyste a créé des vastes surfaces cruentées, la mise en place d'un sac de Mikulicz est formellement indiquée.

4° En présence d'un kyste inextirpable, on doit se contenter de drainer sa cavité à l'extérieur par la marsupialisation du kyste. Cette opération donne parfois de bons résultats.

5° Enfin si, en même temps que le kyste de l'ovaire, on constate l'existence de lésions importantes du tractus génital, on doit pratiquer une hystérectomie subtotale ou totale suivant les cas.

6° C'est d'ailleurs cette intervention que l'on est amené à faire, même en l'absence de lésions utérines ou annexielles de côté opposé, lorsque les adhérences du kyste rendent sa libération difficile dans le pelvis. L'hystérectomie facilite grandement l'intervention et permet d'aborder la tumeur adhérente par le bas.

RÉSULTATS

L'examen de quelques statistiques montre que la mortalité consécutive à l'extirpation des kystes suppurés de l'ovaire est assez élevée :

sur 8 cas, BOUILLY compte 3 morts ;
sur 3 cas, BURGER compte 3 guérisons ;
sur 4 cas, MOURE et SÉNÈQUE comptent deux
morts ;
sur 7 cas, RICHE et FAYOT comptent 1 mort.

Ce qui fait, en tenant compte de notre cas, 6 morts sur 23 malades opérées, soit approximativement une mortalité de 25 %. Ces chiffres sont relatifs, car ils groupent des cas de gravité différente. Nous ne les citons que pour donner une idée des risques que courent de telles malades. Des différents procédés que nous venons d'étudier, il nous paraît nécessaire de mettre au premier plan « l'extirpation avec drainage abdominal à la Mikulicz ». C'est lui qui semble avoir donné les meilleurs résultats.

Outre la guérison de la malade de notre observation, on lui doit d'après les précédentes statistiques : 6 guérisons sur 7 interventions pratiquées, qui se répartissent ainsi :

1 cas de BURGER ;
5 de RICHE et FAYOT ;
1 mort (MOURE et SÉNÈQUE).

Alors que le drainage ordinaire donne des résultats moins brillants : 8 guérisons et 5 décès sur 13 cas.

Il nous est donc permis de conclure qu'à part certains cas qui appellent la marsupialisation, tels que : malades anémiées et affaiblies, gros kystes, adhérents à la paroi

abdominale antérieure ou à l'intestin, la majorité des cas relève de « l'extirpation suivie de drainage à la Mikulicz ».

Ce dernier est donc le procédé de choix.

OBSERVATION II

Inédite
retrouvée dans les Archives du Service
de Gynécologie.

T.... Augustine 46 ans, lingère.

Entrée le 15 juin 1925, pour augmentation du volume du ventre et altération notable de l'état général.

Antécédents obstétricaux : Néant.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 12 ans. Bien réglée jusqu'à 1924.

Ménopausée à 45 ans.

A toujours eu des pertes (blanc jaunâtre) empesant le linge.

Antécédents pathologiques : Entérite vers 13 ans. Au cours de l'hiver 1917, bronchite aiguë, tout opiniâtre. Pas de crachats. La malade n'a pas vu de médecin. N'a pas noté de suites graves.

Antécédents héréditaires : Mère morte de broncho-pneumonie.

Père mort de ramollissement cérébral.

Une sœur bien portante.

Maladie actuelle : Il y a 7 mois, en décembre 1924, à la suite d'un surmenage (ménage pénible, plus son métier de lingère) et d'un refroidissement, la malade a contracté une nouvelle bronchite. A gardé le lit une dizaine de jours, avec toux (pas de crachats), température élevée et sueurs très abondantes. Depuis lors l'état général n'a cessé de s'altérer gravement : amai-

grissement accusé, anorexie prononcée avec état nauséux presque constant. Tendance aux transpirations profuses, quelques vomissements. D'autre part, du côté de l'abdomen : phénomènes douloureux prédominant du côté droit. La malade souffre continuellement de la fosse iliaque droite à la station debout et à la marche. Ne trouve un peu de soulagement que par le repos au lit.

La malade aurait noté un météorisme généralisé à la suite des repas, avec augmentation des phénomènes douloureux : pour cette raison, ajoutée à l'état nauséux et d'anorexie prononcée, la malade a restreint progressivement son alimentation. Ne prend plus guère que des bouillons maigres depuis plusieurs mois. Présente de l'intolérance, même pour le lait.

Examen : La malade rentre dans le service dans un état de cachexie et d'amaigrissement très avancé. Facies amabilis caractéristique, œil brillant, etc... Pâleur des téguments. Anémie et maigreur très accusées. Langue rouge et luisante sur les bords, saburrale au centre. Haleine fétide.

Auscultation : aucun signe pleuro-pulmonaire.

Examen abdominal : Inspection : légère augmentation du volume normal. Peau sèche, pâle, tendue, luisante, infiltrée d'un léger œdème. Forme générale du « ventre de batracien ».

Palpation et percussion : Météorisme accusé sur toute la hauteur dans la zone médiane. Submatité dans les flancs.

Sensation assez nette de collection enkystée avec zones alternatives de matité latérale et de sonorité médiane. Pas de flot.

La pression de la fosse iliaque droite est assez douloureuse.

Ponction : A la seringue de Pravaz, dans la région médiane, sous-ombilicale : on retire 2 cm³ de liquide purulent de teinte blanc grisâtre, d'odeur très fétide, qui est envoyé au laboratoire.

Toucher : Cul-de-sac droit sensible. Tout le reste de sa sphère génitale est bloqué par des adhérences péritonéales. Utérus complètement immobilisé par empatement des culs-de-sac.

Résultats de l'examen de laboratoire : L'inoculation au cobaye n'a pu être faite. L'examen de l'ensemencement au bouillon a montré *de nombreux germes anaérobies* et quelques germes aérobies.

Évolution : Au cours des jours qui suivent son entrée, l'état général de la malade continue à s'altérer. La malade présente des signes généraux d'une grande suppuration profonde : température oscillante de 38° à 39°5 et 40°. Anorexie absolue. Langue rouge, vernissée, craquelée sur les bords ; fuliginosités. Urines rares et très denses. Le pouls reste bien frappé aux environs de 90 à 100. En outre, localement : accroissement rapide de la collection kystique qui se présente sous l'aspect d'une tuméfaction arrondie, régulière, du volume d'une tête, siégeant à la région médiane immédiate au-dessus du pelvis (faisant penser à un globe vésical, cathétérisme négatif).

En raison de ces signes, on *décide d'intervenir le 24 juin* :

Laparotomie médiane sous-ombilicale, anesthésie générale à l'éther. La sonde cannelée pénètre dans une volumineuse poche à parois blanc bleuâtre, très épaisse, à face interne fongueuse. Un jet de gaz très fétide s'échappe, suivi de l'évacuation d'une quantité abondante de pus gris rougeâtre, couleur « chocolat », également très nauséabond. Il s'agit donc d'un kyste de l'ovaire infecté. Celui-ci s'enfonce assez profondément vers le pelvis, mais le doigt en fait complètement le tour sans pénétrer dans la grande cavité péritonéale.

D'autre part, le kyste est très adhérent dans toute sa portion intra-pelvienne et il est impossible de l'extérioriser. On résèque une partie de la paroi antérieure du kyste et les deux lèvres de l'incision sont soigneusement

solidarisées à la paroi abdominale par des points séparés au catgut. Désinfection large à l'éther. Mise en place de deux gros drains accolés en canon de fusil. Pansement.

Huile camphrée. Sérum physiologique. Sérum anti-gangréneux dilué. Vaccin de Delbet.

Le 25 juin : même traitement à l'état général. Etat stationnaire.

La température, qui était à 39° le matin, tombe à 38° le soir.

Pouls 110. On installe après pansement un tube de caoutchouc perforé à la cavité kystique pour irrigation continue au liquide de Dakin.

Malgré un traitement local et général intensif, exitus le 27 juin.

OBSERVATION III

Inédite

due à l'obligeance du professeur RICHE.

A... Louise, épouse A..., 43 ans.

Entrée le 16 juin 1930.

Diagnostic pré-opératoire : Fibrome.

Vient de la Maternité où elle a été envoyée par son médecin.

Aménorrhée depuis mai 1930.

A perdu normalement en mars, pas de règles en avril, en mai pertes très légères, en juin rien.

A eu des métrorragies en 1929, en février et mars les deux périodes se sont confondues. Sang rouge, pas de caillots, puis en janvier et février 1930, avec arrêt entre les deux périodes.

Pas de pertes blanches.

Pas de douleurs, mais tiraillements dans les reins.

Constipation très prononcée, plus accentuée depuis ces derniers temps.

Pas de troubles à la miction.

Antécédents : 3 enfants. Après le dernier accouchement, phlegmon du ligament large ? 1^{er} drainage au-dessus de l'arcade crurale, 2^e drainage 15 jours après dans le vagin.

Pas de métrorragies antécédentes.

Pas de fausses-couches.

Hystéroggraphie le 30 juin : Cerclage au fil de plomb de la tumeur. Difficultés d'introduction d'une sonde de Béchère. Injection par l'instrumentation de Douay.

Evaluation de la quantité de lipiodol impossible à cause du reflux.

Lors de l'injection, douleur d'abord à droite, puis sur la ligne médiane.

Premier cliché : cavité utérine de capacité et de contours normaux, mais renversée horizontalement vers la droite.

Une seule trompe est injectée, on ne peut dire laquelle.

Sur le deuxième cliché : même image, mais le lipiodol a coulé dans le péritoine. Cette image répondrait plutôt à un kyste ovarien.

Profil manqué.

Examen : Il existe une masse pelvienne remontant jusqu'à l'ombilic. Sa consistance est renittente au pôle supérieur.

Dans le cul-de-sac gauche, même consistance renittente. Par contre, dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac antérieur, on rencontre une sensation de résistance semblable à celle que donne un utérus fibromateux. Petite masse antérieure perçue dans le cul-de-sac antérieur. Fond utérin ?

Le col est épaissi et dur comme un col de fibrome.

M. le professeur RICHE intervient le 3 juillet. Sous-rachi anesthésie. Bons résultats. Laparatomie sous-ombilicale médiane. Kyste de l'ovaire gauche du

volume des deux poings, qui a refoulé l'utérus en avant et à droite et dont le pôle inférieur occupe le Douglas. Il adhère assez intimément à l'épiploon, à une anse grêle, et surtout par sa face postérieure au rectum.

Ponctionné, il laisse écouler un liquide purulent.

La trompe gauche a été aplatie dans toute sa longueur par le développement du kyste, dont elle suit la face antérieure.

La trompe droite s'enroule de l'extrémité latérale droite de la tumeur.

L'ovaire droit a à peu près complètement disparu.

Hystérectomie de droite à gauche. Le kyste est assez difficilement libéré de ses adhérences, adhérences rectales en particulier.

Au cours de ce dernier temps opératoire, quelques gouttes de pus tombent au fond du pelvis. Péritonisation incomplète. Mikulicz.

Examen bactériologique du pus : Pas de germes.

Guérison.

OBSERVATION IV

(Résumé de l'observation)

Publiée par MM. les professeurs RICHE et MOURGUE-MOLINES.

Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn., 22 : p. 85, janvier 1933.

Le 7 avril 1932 au soir, sur la demande d'un consultant médical, MM. les professeurs RICHE et MOURGUE-MOLINES voient, en ville, M^{me} T..., âgée de 42 ans.

Le début de la maladie remonte au 1^{er} avril et s'est manifesté par une forte fièvre, qui a disparu en deux jours, et une diarrhée fétide très abondante. Le 5 avril, la fièvre est remontée, la diarrhée a recommencé, en même temps que le ventre se ballonnait. Depuis deux jours, état stationnaire, mais le 7 avril, ascension notable du pouls.

D'une bonne santé habituelle. Dans les antécédents : aucun antécédent gynécologique, aucune grossesse. Elle est réglée normalement, perd assez abondamment et avec quelques caillots.

L'abdomen est uniformément ballonné, il n'y a pas de défense ni douleur à la pression.

Le toucher est pratiqué avec quelques difficultés. On perçoit un col en position intermédiaire, mais l'utérus est malaisé à repérer par suite du ramollissement général provoqué par les règles, car la malade est en pleine période menstruelle.

Les culs-de-sac présentent un empâtement diffus, où le doigt s'imprime sans provoquer la moindre réaction douloureuse. Il semble y avoir à gauche une tumeur annexielle, mais *son indolence est absolue*.

Le 9 avril au matin, le tableau s'est nettement aggravé. On porte le diagnostic d'embolie pulmonaire septique, dont l'origine doit être recherchée dans un foyer infectieux abdominal, dont la localisation reste imprécise, mais qui commande d'intervenir, ne serait-ce que sur les indications du poulx, petit et filant.

Intervention le 9 avril, à 10 heures du matin. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On libère prudemment les adhérences serrées qui cachent le pelvis. On trouve alors le fond utérin partiellement masqué par une volumineuse masse arrondie qui est un kyste de l'ovaire droit, bloqué dans le Douglas. De larges placards fibrineux à sa surface font penser qu'il est en voie de suppuration. Dans l'impossibilité d'agir autrement, on pratique une décollation antérieure de l'utérus, qui permet d'enlever assez facilement et en entier la pièce que voici, qui comprend un utérus fibromateux, flanqué à droite et en arrière d'un kyste de l'ovaire multiloculaire, de la grosseur d'une tête fœtale avec une trompe volumineuse rejetée en dedans et du côté gauche, un kyste tubo-ovarien de la grosseur du poing dans la partie tout à fait basse du Douglas.

Après ligature des pédicules vasculaires, on termine en plaçant un Mikulicz.

Le soir de l'opération, la situation semble désespérée : température à 40°5. Pouls à plus de 150. Grâce à une médication intensive, les suites sont ultérieurement favorables. Le Mikulicz est enlevé sans incident dans les délais normaux. La malade quitte la clinique le 26^e jour après l'intervention, en parfait état de santé.

CONCLUSIONS

I. — La suppuration des kystes de l'ovaire peut être due :

- a)* à des causes directes ;
- b)* à des causes internes : infection de proche en proche ou par propagation.

II. — L'aspect clinique des kystes suppurés de l'ovaire peut revêtir deux formes principales : une forme aiguë à type péritonéal ; une forme chronique cachectisante.

A côté de ces deux formes, il y a place pour une forme subaiguë mixte.

III. — Le diagnostic de suppuration des kystes de l'ovaire est relativement facile lorsque l'existence du kyste est connue. Il est au contraire très malaisé lorsque la suppuration constitue le premier signe révélateur de l'affection. L'augmentation de volume de la tumeur, les douleurs abdominales, la fièvre et l'atteinte de l'état général constituent de bons signes de suppurations. Le toucher vaginal signera la nature gynécologique de l'affection.

IV. — Le traitement doit être essentiellement opératoire. Les modalités varieront suivant les conditions anatomiques observées. Il consistera suivant les cas en ovariectomie simple, hystérectomie subtotale ou totale ou marsupialisation.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et M^{me} ABADIE-FEYGUINE. — De la suppuration des kystes de l'ovaire par la fièvre typhoïde. *Montpellier médical*, 1904, p. 117-161.
- ABADIE. — Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. *Bull. et mém. de la soc. nationale de chir.*, t. LVI, n° 8, mars 1928, p. 356.
- ACHARD et BENSUADE. — Suppurations au cours de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 30 janvier 1902, p. 45.
- AHUMADA. — Embryome de l'ovaire infecté par le bacille d'Eberth. *Prensa med. argentina*, 10 mars 1925.
- BERTRAND. — Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1931.
- BINET. — *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, n° 8, p. 594, oct. 1930.
- BLECHMANN. — Sur les suppurations typhiques Morisson, 1922, p. 28.
- BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La gynécologie*, 1896, p. 193.
- BUDGE et DIORKS. — Les métastases des infections intestinales. *Zeits. Fleisch u. m. l.*, 1921-1922, p. 3.
- BURGER. — A propos de quelques cas de kystes ovariens suppurés. *Gynécologie*, Paris, juin 1925, t. XXIV, p. 364.
- BUSSALAY. — Peritonia diffusa de cisti dermoid, intraligamentosa suppurata e rottasi spontaneamente in cavita abdominale operazione in due tempi guargione. *Cultura med. mod.*, 6, 418, 20, 1927.
- CARLES. — Les fièvres paratyphoïdes, 1 vol. Baillières, 1916.
- CHAVANNAZ et JAYLE. — Suppurations des kystes de l'ovaire. *Congrès de chirurgie*, 1912.
- CHENUT et MAHONG. — Kyste suppuré de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 1928. In *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 713 et 714.
- CLERC. — Kystes suppurés de l'ovaire (Causes, symptômes, diagnostic, traitement). *Thèse de Bordeaux*, 1930-1931.

CORSCADEN. — Paratyphoïd B et a infection of au ovarian cyst. *N. York Acad. méd.*, 26 déc. 1922.

CORSCADEN. — A case of paratyphoïd B et a bacillus infection of au ovarian cyst. *Am. J. of obst.*, 1923, p. 545.

COTTE. — Les opérations en deux temps dans les très gros kystes de l'ovaire. *Soc. de chirurgie de Lyon*, 7 avril 1927.

COUSIN. — Kyste de l'ovaire tordu et infecté. *Marseille médical*, n° 15, 25 mai 1929, p. 742.

CUSHING. — Complications suppuratives de la fièvre typhoïde. *John Hop. Hosp. Bull.*, 1900, p. 156.

DAVISON et WHITINGTON. — Complications purulentes des infections typhoïdes. *Quach J. med.*, 1915-1916, p. 98.

DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

DELMAE. — Un cas de kyste dermoïde suppuré de l'ovaire. *Gaz. de gyn.* Paris 1910, XXV, 177-181.

DERVEAN. — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire ouvert dans le rectum et la vessie. *Journ. de chir. Soc. Belge de chirurgie.* Bruxelles 1909, IX, 41-43.

DIVE. — Les suppurations typhiques. *J. roy. méd. Cays.*, 1922, p. 306.

ENGELMANN. — Kyste de l'ovaire suppuré. Bacille d'Eberth. *Centralb. J. gyn.*, 1901, n° 23, p. 633.

ERSCHEIMUGEN. — La typhoïde et ses complications suppuratives. *Munch med. Wochensch.*, 1920, p. 814.

ESCAT et VERNEJOL. — Kyste ovarien calcifié et suppuré ayant donné lieu à un foyer périvésical sous-péritonéal fistulisé à l'ombilic et simulant une fistule ouracale. *Arch. franco-belge de chir.* Bruxelles, XXVI, 772-782.

FAURE et SIREDAY. — Traité de gynécologie, 1929.

FÉRAUD. — Kystes suppurés de l'ovaire. *Thèse Bordeaux*, 1897.

FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, 1930, Paris.

FORGUE. — Précis de pathologie chirurgicale, t. II, Doin, 1935.

FRITSCH. — Traité des maladies des femmes. Trad. franç., 1898.

GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire, 1873.

GANS. — Suppuration typhique des tumeurs ovariennes. *Monatsch. für geb. und gyn.*, 1908. Bd. XXVIII.

GREENE-GUMSTON. — Septic infection of ovarian cystoma. *Am. J. of obst.*, 1898.

HAGE. — Les suppurations typhiques. *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1919, p. 971.

HEINRICIUS. — De l'infection des kystes de l'ovaire. *Ann. de gyn.*, 1897, p. 257.

HUSSENSTEIN et VIALARD. — Suppuration des kystes de l'ovaire après infection pulmonaire. *Gaz. méd. de France*, n° 21, 1^{er} nov. 1931.

- KLEIN et TONY. — Complications purulentes de la fièvre typhoïde. *Ann. J. Med. sc.*, 1920, p. 458.
- KRACEK. — Sur un cas de suppuration d'un kyste de l'ovaire droit à la suite d'une appendicite. *Medizinische Klinik*, 1911, n° 4.
- KRANEPIELH. — Complications abdominales de la fièvre typhoïde. *Munch. med. Wochensch.*, 1905, p. 1331.
- KRINSKY. — Un cas de suppuration d'un kyste de l'ovaire à bacilles typhiques. *Monatsch J. Ceb. u gyn.*, déc. 1911, p. 696.
- LAMBRICHTS. — Kystes de l'ovaire suppurés au péritoine. *Soc. belge de chirur.*, 22 fév. 1930. *Buxelles médical*, 9 mars 1930, p. 531.
- LAPORTE, BERNARDBEIG et GIMAZANE. — Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1929, n° 26, p. 1176.
- LAUBENHEIMER. — Bacilles typhiques dans le pus d'un kyste de l'ovaire. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1911.
- LAVAU. — Grand kyste suppuré de l'ovaire sans symptômes d'infection. *Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, avril 1926.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 619.
- LEFEBVRE. — La suppuration des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches. *Thèse Lille*, 1918-1919.
- LEMOINE. — La suppuration des kystes de l'ovaire. *Thèse de Lyon*, 1903.
- LEWIS et LE CONTE. — Infection of ovarian cysti during. Typhoid fever. *Am. J. Med. sc.*, 1902, p. 590.
- MALDAGUE. — Bacille d'Eberth dans un kyste de l'ovaire après la guérison d'une fièvre typhoïde. *Centralb. für Bakt., Abt. I*, 1905, p. 249.
- MANGOLD. — L'infection des kystes de l'ovaire. *Thèse de Bâle*.
- MARNIÈRE (DE LA). — Péritonite à pneumocoques développée après un accouchement et accompagnée de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir. Paris*, n° 59, 4 janvier 1933.
- MASLENIKOFF. — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1930.
- MICHEL. — Appendicite et suppuration des kystes de l'ovaire. *Bull. méd.*, 1900.
- MINET. — Complication de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.* 1917, p. 861.
- MONTANARI. — Suppurative dermoid cyst in right ovary With generalized peritonitis. *Arch. ital. di chir.*, 18, 148, 1927.
- MOREAU. — Complications infectieuses de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 1916-1917, p. 1950.
- MORGAN. — Les métastases post-typhoïdiques. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 1921, p. 195.
- MOURE et SÈNÈQUE. — L'opération en 2 temps dans les kystes suppurés de l'ovaire. *Journal médical français*, 1925, p. 312.

- NOBECOURT et PEYRE. — Complications purulentes de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 1916, p. 152.
- OLSHAUSEN. — Die Frankheinten der ovarien, 1886.
- PAK-LIANG-WU. — La suppuration des kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité. *Thèse Lyon*, 1922-1923.
- PATEL. — Abscès pelviens tardifs, consécutifs à l'ablation de kystes dermoïdes de l'ovaire. *Soc. de chir. de Lyon*, 10 mai 1928.
- PAVELESCO et SOIMARU. — Un cas de kyste ovarien suppuré rompu dans le péritoine. *Soc. de gynéc. de Bucarest*, décembre 1933, in *Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, n° 2, février 1935.
- PEAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1884-1894.
- PFANNENSTIEL. — In vert's Handbuch der gynaekologie, t. III.
- PHÉLIP. — Conduite à tenir en présence d'adhérences de l'intestin à un kyste ovarien. *Soc. de chir. de Paris*, 9 février 1921.
- PITHA. — Kasmsticher Beiträz zur posttyphosen eiterung in ovarial cysten. *Centralb. für gyn.*, n° 37, 1897, p. 1109.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1890.
- RASTARIL. — Indications de la marsupialisation dans les kystes de l'ovaire. *Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, octobre 1925.
- RAYMENAUD. — Les métastases typhiques. *Soc. méd. des hôp.*, 1916, p. 588.
- RICEVUTO. — Cisti ovarica suppurata al 2° meze di puerperio. *Riv. d'obst. e gynecol. prat.*, Palermo, 1926, VIII, p. 309.
- RICHE et FAYOT. — Kystes suppurés de l'ovaire. *Paris médical*, n° 51, 20 décembre 1930, p. 545.
- RICHE et MOURGUE-MOLINES. — Kyste de l'ovaire suppuré avec état septicémique; hystérectomie, guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, n° 22, janvier 1933, p. 85.
- RICHTER et AMREICH. — Péritonite typhique après rupture d'un kyste dermoïde suppuré à la suite d'une infection par bacilles typhiques. *Monat. f. geb. und. gyn.*, Berlin, mai 1921, p. 534.
- RONCHETTI. — Suppurations post-typhiques. *Rif. méd.*, 1921, p. 871.
- SALES et VALLERY-RADOT. — Métastases typhiques. *Jour. Am. Med. Assoc.*, 1922, p. 926.
- SALES. — Métastases typhiques. *Manisson* 1922, p. 51.
- SALVAT et NAVARRO. — Les suppurations de la fièvre typhoïde. *Manat. f. Kindech*, 1922, p. 324.
- SAMPSON. — Kystes endométriaux de l'ovaire infectés. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 1927.
- SCOTT et JOHNSON. — Complication de la fièvre typhoïde. Métastases. *Lancet*, 1915, p. 852.
- SEGOND. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- SERGUEFF. — Contribution à l'étude des suppurations des kystes de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1903.

- SPENCER-WELLS. — Traité de chirurgie abdominale. *Trad. franç.*, 1886.
- SPIREA. — Un cas de rupture spontanée dans le vagin d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire. *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 13, 28 janvier 1932.
- STEPOWSKI. — Péritonite mortelle après perforation d'un kyste lutéinique suppuré avec dégénérescence molaire. *Gynécologie*, 30, 332-336, juin 1931.
- SUDECK. — Ueber post typhose Eiterung in einer Ovarialcyste. *Münchener Mediz. Woch.*, 26 mai 1896.
- TAPIE, MOREL, LYON et BERTRAND. — Suppuration eberthienne d'un kyste de l'ovaire au cours d'une fièvre typhoïde. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 53, 18 octobre 1929, p. 1184.
- TAYLOR. — Typhoid infection of ovarian cyst. *J. Obst. e. gynec. Brit. Emp.*, London 1907, XII, p. 367.
- TERRIER. — *Rev. de chir.*, 1885.
- TERRILLON. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Rev. de chir.*, 1887.
- THÉOPHILIDES. — Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1898.
- TIXIER et DE ROUGEMONT. — Infection latente d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Soc. de chir. de Lyon*, 21 juin 1928.
- TOURNEUX et BAILLAT. — Kyste suppuré de l'ovaire droit avec nécrose de la paroi antérieure du rectum. *Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse*, 27 juin 1923.
- TOURNEUX. — Kyste suppuré de l'ovaire. *Le Concours médical*, 1924, p. 2401.
- VASCABOINIC. — Rupture spontanée de la paroi abdominale antérieure au cours de l'évolution d'un kyste suppuré de l'ovaire. *Ann. d'anat. path.*, 8 : 413-416, avril 1931.
- VIGNARD. — Suppuration d'un kyste de l'ovaire après fièvre typhoïde. *Gaz. med.*, Nantes, 19 5, p. 641.
- WALGREEN. — Ein Fall von typhus infection einer ovarial cyste. *Arch. J. gynec.*, 1899, p. 15.
- WALKER. — Infection of ovarian Cyst by the typhoid bacillus. *Am. pract. a. New*, juillet 1902, p. 420.
- WANEN COLIMAN. — Sur les suppurations typhiques des kystes de l'ovaire. *Am. J. obst.*, 1923, p. 561.
- WANNEBROUCQ. — Péritonite par rupture d'un kyste ovarique pendant le cours d'une fièvre typhoïde. *Bul. méd. du Nord*, 1860, p. 233.
- WERTH. — Kyste de l'ovaire suppuré après fièvre typhoïde. *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1893, n° 25, p. 489.

VIDAL et RAVAUT. — Localisation du bacille d'Eberth chez les typhiques sur les organes préalablement lésés. *Bull. et mém. de la soc. des Hôp.*, 30 janv. 1902, p. 45.

ZANTCHENKO. — Typhoid fever suppuration of ovarian cysts. *Russk Vratch*, n° 30, 1903, p. 1070.

ZANTCHENKO. — Typhoid fever suppuration of ovarian cysts. *Monatsch-fur Geb. und gynäk.*, 1904, p. 67.

Vu : Le Doyen de la Faculté,
Montpellier, le 15 janvier 1937.

J. EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 janvier 1937.

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
